*Załącznik nr 7*

………………………………………………………………… …………………………………………………..

 **(imię i nazwisko) (miejscowość, data)**

**OŚWIADCZENIE O POUFNOŚCI**

Oświadczam, że zapoznano mnie z przepisami dotyczącymi ochrony danych osobowych, w szczególności ogólnego Rozporządzenia o ochronie danych UE z dnia 27 kwietnia 2016r. oraz odnośnymi wymaganiami „Regulaminu Ochrony Danych Osobowych SP ZOZ MSWiA”.

W szczególności zobowiązuję się do:

* zachowania w tajemnicy danych osobowych w sytuacji dostępu do nich podczas wykonywania czynności zleconych \*.
* zabezpieczenia tych danych przed dostępem osób nieupoważnionych a następnie przekazanie ich do dyspozycji osób upoważnionych.
* zgłaszania sytuacji (incydentów) naruszenia zasad ochrony danych osobowych Inspektorowi Ochrony Danych lub bezpośredniemu przełożonemu.

Przyjmuję do wiadomości, iż postępowanie sprzeczne z powyższymi zobowiązaniami może być uznane przez Administratora za naruszenie przepisów z Rozporządzenia o ochronie danych UE z dnia 27 kwietnia 2016r.

……………………………………………………………….

 **Podpis oświadczającego**

*\* za czynności zlecone w obszarze przetwarzania danych osobowych rozumie się w szczególności:*

*wykonanie przeglądów technicznych, napraw aparatury i sprzętu medycznego znajdującej się w obszarze przetwarzania danych osobowych.*